

- 1.2. Protocolo de ingreso en U.C.I.
- 1.3. Monitorización del paciente en U.C.I.
- 1.4. Protocolo de atención a familiares en U.C.I.
- 1.5. Cumplimentación de los registros de enfermería.
- 1.6. Cuidados diarios del paciente de U.C.I.



## 1.2. PROTOCOLO DE INGRESO EN U.C.I.

### REVISAR EQUIPAMIENTO COMPLETO DE LA HABITACIÓN

Encender el monitor y poner la pantalla en espera.

Llevar el carro de ECG a la habitación.

Revisar la toma de Oxígeno y colocar si precisa humidificador y sistema de aspiración.

Bomba de perfusión, Respirador, Módulo y cables de presiones y sistema de diuresis horaria.

Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante.

En caso de precisar Respirador: Montar ambú completo (PEEP y Reservorio) y Mesa de Aspiración.

## ACCIONES



Salir a recibir al paciente a la entrada de la unidad. Llamar al paciente por su nombre y presentarse.



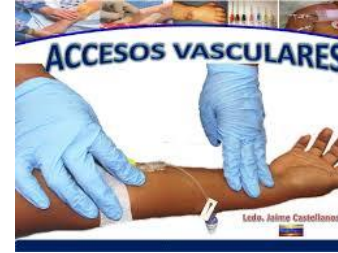
Acomodarle en la habitación y explicarle donde está. Informar al paciente de los procedimientos a realizar y solicitar su colaboración.



Monitorización continua de ECG, TA no invasiva, temperatura y pulsioximetría, registrando los datos obtenidos en la historia.



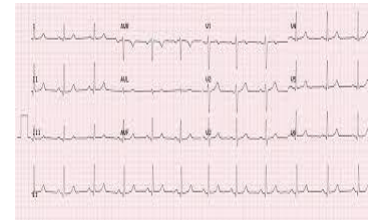
Administrar oxigenoterapia o colocar ventilación mecánica si precisa.



Verificar presencia de vías venosas y/o arteriales y canalizar vía venosa central si precisa.



Verificar presencia de drenajes, ostomías, heridas, sondajes e instaurar aquellos que se precisen.



Controles analíticos: Ver rutina de ingreso (tema C1). ECG de 12 derivaciones. (18 si es paciente coronario) Rx de tórax.



Ofrecerle el timbre para llamar si procede. Hacer pasar a la familia e informarle junta al paciente según protocolo (normas de la unidad, teléfonos,).

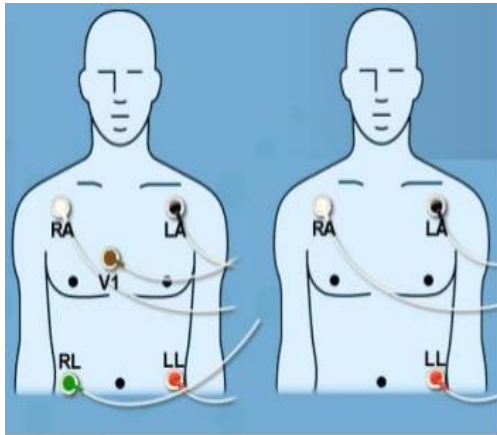
## ACCIONES



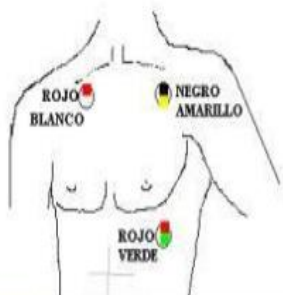
**VALORACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA.**

## 1.3. Monitorización del paciente en U.C.I.

### MONITORIZACIÓN NO INVASIVA



DERIVACION TIPO II

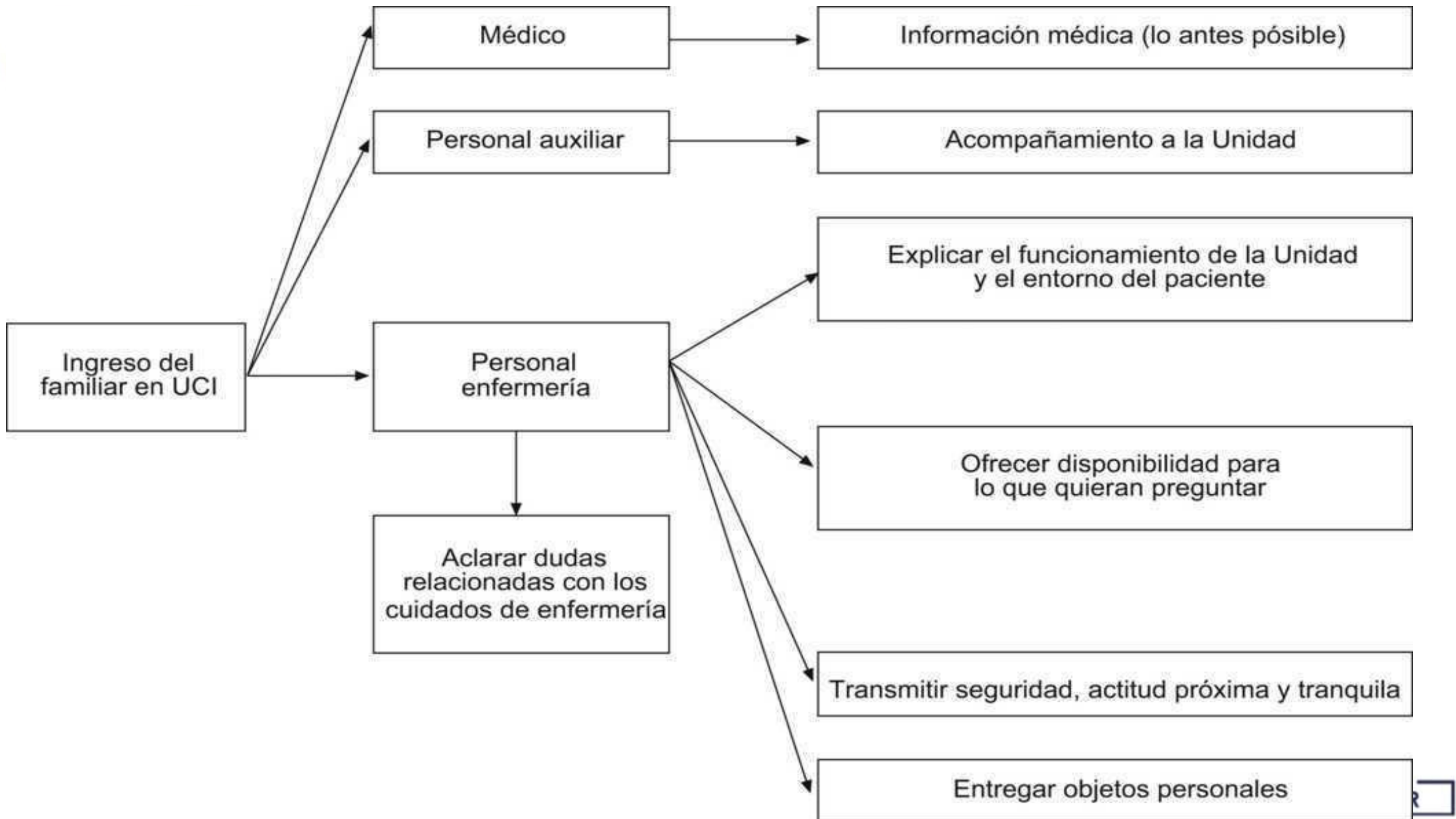


Colocación de electrodos

RA (BD)	<b>BRAZO DERECHO</b>	Bajo la clavícula en hombro derecho
LA (BI)	<b>BRAZO IZQUIERDO</b>	Bajo la clavícula en hombro izquierdo
RL (PD)	<b>PIERNA DERECHA</b>	Abdomen inferior derecho
LL (PI)	<b>PIERNA IZQUIERDA</b>	Abdomen inferior izquierdo
V (Precordial)	<b>PRECORDIAL</b>	En el pecho según la derivación a la que se quiera optar.

## 1.4. Protocolo de atención a familiares en U.C.I





Ingreso del familiar en UCI

Médico

Información médica (lo antes pósito)

Personal auxiliar

Acompañamiento a la Unidad

Personal enfermería

Explicar el funcionamiento de la Unidad y el entorno del paciente

Aclarar dudas relacionadas con los cuidados de enfermería

Ofrecer disponibilidad para lo que quieran preguntar

Transmitir seguridad, actitud próxima y tranquila

Entregar objetos personales

## 1.5. Cumplimentación de los registros de enfermería

- Los registros de Enfermería son el soporte documental donde queda anotada la valoración, el tratamiento y la evolución del paciente, reflejando la información sobre los cuidados de la atención enfermera, la planificación de actividades, la valoración de riesgos, el establecimiento de planes de cuidados y la preparación del paciente de cara al alta. Así mismo, los registros son documentos jurídico-legales, que constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de la autoridad, amparada en México por la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, del expediente clínico



## 1.6. Cuidados diarios del paciente de U.C.I.



## Planteamiento de la Terapia Endovenosa.

### Elección del Acceso.



CVP: Catéter Venoso Periférico

PICC: Catéter Central de Inserción Periférica

CLM: Catéter de línea media (punta alojada debajo de la axila)

CVC: Catéter Venoso Central

### Cuidado de un paciente con sonda urinaria

Limpia tus manos, detén la propagación de gérmenes multirresistentes!



**LÍMPIESE LAS MANOS CUANDO MANIPULES UNA SONDA URINARIA O UN SISTEMA DE DRENAJE**

Justo antes de la manipulación de cualquier sonda urinaria o sistema de drenaje que pueda llevar a la contaminación de la orina estéril, como puede ser:

- 2a. Inserción de una sonda directa permanente o intermitente o la aplicación de un catéter tipo condón justo antes de ponerse los guantes estériles.
- 2b. Manipulación del sistema de drenaje para obtener una muestra de orina o para vaciar la bolsa de drenaje.

¿POR QUÉ? Para proteger al paciente frente a microorganismos nocivos que puedan estar presentes en tus manos.

**LÍMPIESE LAS MANOS CUANDO MANIPULES UNA SONDA URINARIA O UN SISTEMA DE DRENAJE**

Justo después de cualquier tarea que incluya manipulación de una sonda urinaria o sistema de drenaje que pueda implicar un contacto con la orina, como pueden ser:

- 3a. Recogida de una muestra de orina.
- 3b. Vaciado de una bolsa de drenaje.
- 3c. Retirada de una sonda urinaria.

¿POR QUÉ? Para proteger el entorno sanitario y a ti mismo frente a microorganismos nocivos.

**Grado I**  
Enrojecimiento de la piel.

**Grado II**  
Dermis dañada parcialmente.

**Grado III**  
Dermis totalmente dañada. Grasa subcutánea puede ser visible.

**Grado IV**  
Dermis totalmente dañada. La herida llega al músculo, tendón o hueso.

**PUNTOS Y CODIGO PARA LA CLASIFICACION DE RIESGO**

ESCALA	PUNTOS	COLOR
Alto Riesgo	4 a 10	
Mediano Riesgo	2 a 3	
Bajo Riesgo	1	

CRITERIOS	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Limitación física	2	Presenta cualquier factor de riesgo señalado como limitante
Estado mental alterado	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado
Tratamiento farmacológico	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgo señalados
Problema de idioma o socioculturales	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificulten la comunicación
Sin factor de riesgo	1	No presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado