



# UNIDAD I

Practica de enfermería II

1.1.1 Protocolo de la UCI

1.1.2 Monitorización del paciente de la UCI

1.1.3 Protocolo de atención a familiares de la UCI

1.1.4

Cumplimientos de los registros de la UCI 1.1.5

Cuidados diarios del paciente en la UCI

**Edwin Dilbert López Hernandez**

Universidad del sureste

1.1.1 PROTOCOLO DE  
INGRESO EN U.C.I

1. Preparación de la habitación: Revisar equipamiento completo de la habitación:
  - 1.1. Revisar la toma de Oxígeno y colocar si precisa humidificador y sistema de aspiración.
  - 1.2. Preparar si se precisa: 1 bomba de perfusión, Respirador, Módulo y cables de presiones y sistema de diuresis horaria.
  - 1.3. En caso de precisar Respirador: Montar Ambú completo (PEEP y Reservorio) y Mesa de Aspiración.
  - 1.4. Llevar el carro de ECG a la habitación.
  - 1.5. Encender el monitor y poner la pantalla en espera.
  - 1.6. Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante.
2. Salir a recibir al paciente a la entrada de la unidad. Llamar al paciente por su nombre y presentarse.
3. Acomodarlo en la habitación y explicarle donde está. Informar al paciente de los procedimientos a realizar y solicitar su colaboración.
4. Monitorización continua de ECG, TA no invasiva, temperatura y pulsioximetría, registrando los datos obtenidos en la historia.
5. Administrar oxigenoterapia o colocar ventilación mecánica si precisa.
6. Verificar presencia de vías venosas y/o arteriales y canalizar vía venosa central si precisa.
7. Verificar presencia de drenajes, ostomías, heridas, sondajes e instaurar aquellos que se precisen.
8. Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia clínica.
9. Planificar y solicitar por ordenador la dieta

1.1.2 MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN U.C.I

MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

- 1.-Electrocardiograma y frecuencia cardiaca continúa
  - 1. Preparación de la piel: Limpie la piel y aféitela si es necesario.
  - 2. Coloque los electrodos en áreas planas, no musculares, para aumentar al máximo el contacto de los electrodos y minimizar los artefactos del músculo y evite articulaciones y protuberancias óseas.
  - 3. Asegurar la calidad de la señal y cambie los electrodos si la señal del ECG se degrada o la piel se irrita, manteniendo si es posible la misma localización.
- 2. Monitorización mediante telemetría
  - La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I. a un paciente en una unidad de hospitalización preferentemente.
- 3. Tensión arterial no invasiva (ta)
  - Al ingreso se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización. En nuestros monitores aparece como PSN. Cuando se comienza tratamiento con drogas vasoactivas, la TA se controlará cada 5 minutos como mínimo hasta la estabilización.
- 4. Saturación de O<sub>2</sub>.
  - La Pulsioximetría es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial.
- 5. Monitorización de etco<sub>2</sub> (capnografía)
  - Medir de forma continua la presión parcial de CO<sub>2</sub> espirado como medida indirecta del CO<sub>2</sub> en sangre.
- 6. Monitorización del nivel de sedación
- 7. Monitorización de las constantes neurológicas
  - Escala de Glasgow Es la escala internacional para la valoración neurológica de un paciente.

MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

Es la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico, con el objetivo de evaluar la función ventricular derecha e izquierda por medio de las presiones y el volumen minuto cardiaco.

- Catéter
  - Transmite las presiones intravasculares y sus cambios de una forma precisa y fiable desde el interior del vaso al exterior.
- Transductor
  - Instrumento que transforma una señal mecánica (la presión ejercida sobre un diafragma por la columna de líquido que proviene del catéter intravascular) en una señal eléctrica proporcional, que se transmite por el cable al monitor.
- Monitor
  - Amplifica esa señal eléctrica que sale del transductor, pudiéndose visualizar en la pantalla la morfología de la curva y los valores numéricos de presión intravascular.

### 1.1.3 PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES EN U.C.I

- Preséntese por su nombre (enfermera y auxiliar responsable), y acompañe a los familiares a la habitación.
- Transmita seguridad: actitud próxima, tranquila, y disponibilidad en todo momento. Atención al lenguaje no verbal (postura, expresión facial, gestos, mirada, sonrisa, entonación...)
- Explique de una forma sencilla el entorno del paciente (monitor, respirador, bombas).
- Solicite un teléfono de contacto y el nombre de la persona o familiar de referencia (sí el paciente está consciente, preguntárselo a él). Anótelos en la hoja de gráfica.
- Si el estado del paciente lo permite, aconseje que le acerquen material de aseo, de distracción, reloj, prótesis dental, gafas, zapatillas
- Podrá haber un horario abierto de visitas, incluyendo la noche, en situaciones especiales: pacientes en fase terminal, niños/as, personas con trastornos de conducta.
- Recomiende que no es conveniente la visita de niños, o de personas con enfermedades contagiosas, y ponga medidas protectoras o de aislamiento si fuera necesario.
- Motive la comunicación verbal y no verbal (tacto), entre el paciente y los familiares.
- En pacientes que no hablen nuestro idioma facilitar la comunicación con traductores, la supervisora o la enfermera responsable realizara una petición de interconsulta a la Trabajadora Social.
- Ofrezca los recursos disponibles en el hospital: sacerdote, asistencia social, cafetería, tienda, teléfono exterior, servicio de atención al paciente, etc., cuando se precise. Informe que no es preciso que los familiares permanezcan en el hospital fuera del horario de visita. Ante cualquier imprevisto o necesidad se les comunicará telefónicamente.
- Entregue a los familiares la ropa y objetos personales del paciente.

1.1.4 CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

1. GRÁFICA HORARIA

Sirve para el registro gráfico de los signos vitales del paciente realizados por la enfermera.

Cara anterior

- Margen superior { Nombre y apellidos, N° Historia, Cama, Alergias, Fecha de nacimiento y del día, Diagnóstico Médico, Teléfono particular (solo en 1º gráfica), peso, talla y edad.
- Margen superior izquierdo { Símbolos de cada signo vital con su escala correspondiente para que se vayan registrando en cada columna horaria.
- Hemodinámica { Presión arterial pulmonar sistólica (APS), presión arterial pulmonar diastólica (APD), Presión arterial pulmonar media (APM), presión capilar pulmonar (PCP), gasto cardiaco (GC).
- Parámetros de ventilación mecánica u oxigenoterapia { Modalidad de ventilación mecánica (VM), volumen corriente VC, frecuencia respiratoria FR, FiO2 concentración de O2 inspirado, PEEP presión positiva espiratoria, oxigenoterapia (VMK, gafas lxm).
- Glucosa capilar { Medición de la glucemia pautando la frecuencia y anotando las cifras obtenidas.
- Saturación de O2 { Saturación de O2 que marca el pulsioxímetro
- Medicación { Tipo medicación con su dosis, vía de administración, pauta horaria
- Sueroterapia { Indicando tipo de suero, cantidad, la medicación que se le añade y el ritmo de perfusión
- Nutrición { Tipo de nutrición pautado, registrando el volumen en el recuadro si es a horas pautadas, o con una línea continua como en la sueroterapia si es continua.

Balance hídrico (sumatorio perdidas) { Pérdidas: Pérdidas insensibles calculadas  
Cantidad de orina (en cc): DT (diuresis total). DP (diuresis parcial) son anotaciones según frecuencia.  
Heces: Crucetamos una + por cada 50 ml  
SNG (bolsa): Se registrará cantidad cada 24h, coloración, consistencia si procede y anotar el débito parcial c/ 6h si tuviera pautada tolerancia de NE.  
Drenajes: Si tuviera más de uno, deberemos identificar cada uno de ellos y se anotará la cantidad y características de cada uno.

Sumatorios ingresos { Cantidad de cada suero en cc, cantidad de líquido administrado con los fármacos, hemoderivados y cantidad de líquido o alimento ingerido por vía oral o por SNG.

Balance hídrico de 24h { El sumatorio pérdidas serán restados del sumatorio de ingresos. Es importante anotar el signo + o - según corresponda.

Cara posterior

El P.A.E. se realizará al ingreso, se actualizará continuamente y se cumplimentará 2 veces por semana como mínimo (martes y viernes) y al alta del paciente, si no se realiza hoja de alta, rellenando por completo toda la hoja.

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

1.1.4 CUMPLIMIENTO DE  
LOS REGISTROS DE  
ENFERMERIA

Hoja del Evolutivo de  
Enfermería

Concepto

- Es la hoja donde se registran las incidencias que se hayan producido, la descripción de la respuesta del paciente a los cuidados realizados (complementar, no duplicar lo mismo),
- Los errores y omisiones de cuidados o tratamientos.
- También situaciones nuevas que le surjan al paciente. Se registra con fecha, turno y firma legible de la enfermera en cada turno.

Contenido

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

Los registros se realizan con bolígrafo negro o azul.

Se identificarán los problemas y se planificarán los cuidados generalmente en el turno de mañana.

Se realizará el evolutivo en cada turno desde el ingreso hasta el alta, incluso si procediera nueva evaluación de cuidados y planificación de éstos.

En la gráfica coronaria (cara anterior) debemos anotar en la franja horaria correspondiente la aparición y duración de los dolores precordiales.

### 1.1.5 CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE DE U.C.I

#### Cuidados generales del paciente crítico

##### Actividades comunes a realizar en todos los turnos

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

##### Actividades a realizar en el turno de mañana

##### Higiene

- Higiene Corporal Completa — c/ día.
- Higiene orificios naturales en pacientes sedados: Cuidados bucales — c/ 8 horas y cada vez que precise.
- Cuidados nasales — c/ 8 horas y cada vez que precise.
- Higiene ocular en pacientes inconscientes — c/ 8 horas, y cada vez que precise.
- Corte e higiene de uñas — Si precisa.
- Afeitado — c /48 horas (solicitar a la familia maquinilla eléctrica si tiene).
- Se puede invitar a la familia a participar en estos tres cuidados. – Aplicar crema hidratante al finalizar la higiene y cuando precise.
- Lavado de cabeza — c/ 7-10 días.

##### Cambios posturales

- Alto riesgo — c/ 2 ó 3 horas.
- Riesgo medio — c/ 3-4 horas.

##### Cuidados Vía Venosa

- Cura zona de inserción de catéter periférico c/ 48-72 horas según protocolo.
- Catéter central (yugular, subclavia, femoral), c/ 48-72 horas según protocolo.
- Vigilar signos o síntomas de infección del punto de punción.
- Cambio de catéter central se realiza c/ 7 días. – Cambio de equipo de llaves de tres pasos y cambio de equipo de perfusión se realizará c/ 48 horas, y cada vez que precise.

##### Cuidados Drenajes-Eliminación

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

1.1.5 CUIDADOS  
DIARIOS DEL  
PACIENTE DE U.C.I

Balance hídrico

Control de líquidos aportados y eliminados en 24 horas Entradas:

- Alimentación oral o enteral.
- Medicación IV u oral.
- Sueroterapia.
- Transfusiones.
- Salidas:
- Drenajes.
- Deposiciones, una cruz son 50 cc.
- Vómitos. Diuresis. Balance de hemodiafiltración.

Cuidados  
específicos del  
paciente coronario

- Control analítico según patologías (control TTPA, CPK, Troponina T...)
- Si aparece dolor precordial, seguir los cuidados de la pauta de angina. Informar al paciente que si presenta dolor, que nos avise con urgencia.
- Si dolor anginoso: Preguntar de 0 a 10 la intensidad del dolor.
- Realizar ECG estándar y comparar con los previos para valorar si hay cambios significativos.
- Colocar oxigenoterapia en gafas nasales a 2 lxm y monitorizar pulsioximetría y tomar la TA.
- Si hay cambios en el ECG y no cede el dolor avisar con urgencia al médico responsable o al de guardia y seguir con las órdenes médicas: Solinitrina sublingual o aumentar NTG E.V., bolos de morfina, realizar más electrocardiogramas.
- Guardar los electrocardiogramas e identificarlos en la historia.
- Registrar en gráfica hora de comienzo del dolor, tipo, duración y respuesta del paciente a la analgesia.

Complicaciones no  
inmediatas de  
pacientes críticos

- Infección nosocomial.
- U.P.P.
- Riesgo de caída y lesión.
- Contracturas, atrofas musculares, anquilosamientos articulares y/o pie equino. Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería
- Síndrome confusional de UCI:
- Estado mental confusional reversible secundario a la hospitalización en UCI. Se manifiesta por ansiedad, confusión, desorientación, alucinaciones, ideas paranoides, depresión, terror, etc.