

Nombre de alumno: Velázquez Herrera Britney Michell.

Nombre del profesor: López Silva María del Carmen

Trabaja Ensayo

Materia Práctica dinámica de enfermería III

Grado: 7mo Cuatrimestre

Grupo: LEN "A".

Comitán de Domínguez Chiapas a diciembre 2022

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTRODUCCION

Las unidades de cuidado intensivo, son escenarios especializados para tratar personas que presentan graves desequilibrios en su estado de salud, y que ameritan cuidado por el personal de salud que labora en la misma. Entre este personal se encuentra el profesional de enfermería, quien tiene la responsabilidad del cuidado directo de estas personas en lo referente a Higiene corporal, cuidado de la piel, permeabilidad de las vías aéreas, la alimentación, la administración del tratamiento entre otros aspectos. Esta práctica profesional, exige de la enfermera un perfil integrador, no sólo desde el ámbito del conocimiento teórico, técnico, destrezas, sino también sensibilidad y empatía al momento de proporcionar el cuidado a los pacientes en estado crítico.

Las diferentes unidades de cuidado intensivo tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios. Es así como su distribución puede variar de unas a otras unidades; encontrándose algunas circulares con el puesto de enfermería en el centro y otras lineales, pero de igual manera el puesto de enfermería es central y en frente de los cubículos donde se encuentran los pacientes.

ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Médico jefe

estará a cargo de un médico jefe, quien será responsable de las funciones de planificación, coordinación del trabajo interno y relaciones externas, además de realizar las actividades evaluativas y de supervisión técnica y administrativo. El perfil del médico Jefe debe acreditar; para concursar al cargo, una especialidad básica de medicina, cirugía, anestesia y especialización en medicina intensiva, siendo recomendable poseer conocimientos acreditados de gestión hospitalaria.

Dependerá administrativamente de la Subdirección Médica del Hospital. Responsabilidad del cargo Será responsable ante la Dirección del Hospital de la eficiente organización y funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos aplicará un sistema de coordinación permanente con los demás servicios clínicos, unidad de tratamiento intermedio, secciones y otras dependencias del establecimiento.

Enfermeras

El conocimiento y experiencia de las enfermeras en el manejo de pacientes en estado crítico de salud y su capacidad para utilizar los equipos diagnósticos y terapéuticos, constituyen características fundamentales en la selección de este tipo de profesionales. La formación de la enfermera en cuidado intensivo deberá estar sujeta a algún tipo de acreditación. El equipo de enfermería de la UC estará compuesto por una Enfermera Coordinadora y las enfermeras clínicas o tratantes.

Enfermera Coordinadora UC

Es la encargada de organizar, programar, dirigir y evaluar las actividades de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos asegurando una atención oportuna y eficaz. Debe tener capacidad formal en el área de administración y formación en el área de intensivo o de atención a paciente crítico.

Dependerá directamente del Médico Jefe de la UC. Y del supervisor de turno.

Tendrá funciones de carácter asistencial, administrativo, docente y de investigación, sin perjuicio de aquello que le encomiende el Jefe de la UC o que le asignen otras autoridades.

INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE UCI.

Fácil acceso desde las áreas de triage, triage, urgencias y hospitalización; Control de acceso a la unidad para visitantes y familiares, filtro de acceso para lavarse las manos y colocarse barreras de protección, tales como bata, gorro y cubre boca, entre otros, ya sean desechables o reusables. El filtro de acceso a la UCI debe contar con lavabo, dispensador de jabón germicida líquido, gel (alcohol isopropílico) y todas desechables o sistema de aire para secado de manos.

La puerta y los pasillos por los que transitan, tanto el personal como los pacientes, el mobiliario y equipo médico hospitalarios, tendrán las dimensiones óptimas para cumplir con su función; Los cubículos o módulos para la atención de los pacientes, deberán contar con el espacio suficiente para la ubicación de la cama, y el equipo de monitoreo o soporte, así como el espacio libre para el desplazamiento del personal que favorezca la seguridad del paciente; Las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, deben ser de material liso, resistente y lavable, que permita el uso de desinfectantes; En cada cubículo deberán existir al menos 16 contactos eléctricos grado médico, diferenciados por código en relación con la fuente de suministro y el voltaje; En cada cubículo o módulo de cuidados intensivos, deberán existir dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.

MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN UCI

MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

1. Electrocardiograma y frecuencia cardíaca continúa

Preparación del paciente referir al paciente del procedimiento que se va a realizar.

- Preparación de la piel: Limpiar la piel y abrirla si es necesario
- 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.
- Asegurar la calidad de la señal y cambiar los electrodos si la señal del ECG se degrada o la piel se irrita manteniéndolo si es posible en la misma localización.

Colocación de los electrodos Configuración de diñcolatiguillos:

- Rojo: Línea mediana clavicular derecha, directamente debajo de la clavícula.
- Amarilla: Línea mediana clavicular izquierda, directamente debajo de la clavícula.
- Verde: Línea mediana clavicular izquierda, 6^o-7^o espacio intercostal.
- Negro: Línea mediana clavicular derecha, 6^o-7^o espacio intercostal.
- Blanco: 4^o espacio intercostal, borde izquierdo del esternón. En paciente de S. C. A. según localización isquémica.

2. Monitorización mediante telemetría

La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de

enfermería de UCI. a un paciente en una unidad de hospitalización preferentemente Cardiológica. El objetivo es evaluar el ritmo cardíaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital.

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 O₂. La Pulsioximetría es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial.

5.- MONITORIZACIÓN DE ETCO₂ (CAPNOGRAFÍA)

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

Materiales:

- Módulo ETCO₂.
- Cable con sensor + celda combinada de referencia.
- Adaptador del conducto de aire (estéril).

6.- MONITORIZACIÓN DEL NIVEL DE SEDACIÓN Escala SAS. Es la escala que usamos actualmente en la unidad para valorar el grado de sedación de los pacientes sometidos a este tratamiento.

MONITORIZACIÓN INVASIVA

La monitorización hemodinámica invasiva consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico. Su objetivo es evaluar la función ventricular derecha e izquierda por medio de las presiones y el volumen minuto cardíaco.

1. EQUIPO DE MONITORIZACIÓN

- El catéter: transmite las presiones intravasculares y sus cambios de una forma precisa y fiable desde el interior del vaso al exterior.
- El 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.
- El 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.

CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE DE UCI

El paciente crítico, debido a su situación de compromiso vital, requiere cuidados continuos y sistematizados, bajo un criterio de prioridad. Es importante tener en cuenta, las tareas a realizar en cada turno de trabajo (mañana, tarde y noche), así como diferenciar los cuidados a realizar en las diferentes áreas (Pediátrico, Coronario) para facilitar la estandarización de cuidados. A continuación, se describen los Cuidados diarios del Paciente Crítico, algunos aspectos específicos del Paciente Coronario y sobre nuestras funciones respecto a pacientes de hospitalización en situación de Amenaza Vital Inmediata

CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE CRÍTICO

Actividades comunes a realizar en todos los turnos

- Se partirá en el parte oral, conociendo la evaluación de los pacientes asignados durante las últimas 24 horas, resultando 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 temperatura, 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.
- Se planificarán los cuidados correspondientes a cada paciente para las próximas 24 horas (control de glucemia, control de constantes neurológicas, cambios posturales o los cuidados que procedan...).
- Se pasará visita urgente con el médico responsable de cada paciente. Se realiza una valoración y puesta en común de la situación actual de cada paciente por parte del médico y la enfermera responsable, viendo cómo ha evolucionado su estado en las últimas 24 horas.

Realizar higiene:

- Al paciente autónomo, se le proporcionarán los materiales necesarios para que se realice de forma autónoma la higiene. Si no se le ayudará siempre y cuando sea necesario fomentando su autonomía.
- Higiene Corporal Completa cada día.
- Higiene orofaríngea en pacientes sedados.
- Cuidados nasales \forall 8 horas y cada vez que predecida.
- Higiene ocular en pacientes inconscientes \forall 8 horas, y cada vez que predecida.
- Corte e higiene de uñas Si predecida.
- Afétados (solicitar a la familia maquina eléctrica si tiene).
- Peinado.

Vía Venosa:

- Cuidado zona de inserción de catéter periférico \forall 48-72 horas según protocolo.
- Catéter central (yugular, subclavia, femoral), \forall 24-72 horas según protocolo.
- También se ha de levantar la cura, siempre que esté sujeta con sangre, apósito despegado o siempre que se tenga sospecha de infección.
- Vigilar signos o síntomas de infección del punto de punción.
- Cambio de catéter central se realiza según protocolo de manejo estandarizado.
- Cambio de equipo de llaves de tres pasos y cambio de equipo de perfusión se realizará \forall 72 horas, hasta 7 días según protocolo de manejo y cada vez que predecida.

- Equipo de nutrición parenteral se cambiará a diario, al cambiar la nutrición.
- Cambio de transductor de presión en cada cambio de vía
- Lavado de llaves después de cada extracción analítica
- Cambio del cortero de diluciones continuas de medición, *c/* 24 horas
- Cuidados Drenajes Eliminación

Sonda vesical:

- Lavado con agua y jabón *c/* 24 horas de la zona perineal y genital. o Lavado con suero fisiológico del exterior de la S.V. *c/* 24 horas. o Fijación en cara interna del muslo. Cambio recomendado *c/* 30 días.

Sonda Nasogástrica

- Cuidados de SNG fijación y movilización para evitar úlceras isquémicas 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.

PI CC

es una sonda larga y delgada que se introduce en el cuerpo a través de una vena en la parte superior del brazo. El extremo del catéter termina en una vena grande cerca del corazón.

Precauciones previas:

- Verificación de la correcta cumplimentación de la solicitud con los datos identificativos completos (conjunto mínimo básico de datos y consentimiento informado) y dñicos del paciente que justifiquen la indicación de la técnica.
- Queda a criterio del médico responsable la prescripción de un redjante previo al procedimiento, que el paciente otorgará media hora antes aproximadamente si precisa.
- Revisión de la última analítica y de los datos clínicos antes del implantación.

Criterios analíticos y clínicos a tener en cuenta:

Cada paciente debe ser valorado de forma individualizada estableciéndose como pauta general:

- En pacientes con antecedentes de patología hepática previa, en tratamiento con medicación anticoagulante o antiagregante y/o con elevada comorbilidad, se realizará analítica de coagulación el día del procedimiento o el previo.
- En el resto de situaciones son aceptables analíticas de hasta 30 días de antigüedad.

Valores analíticos mínimos aceptables para la implantación:

- Índice de Quick > 50%
- Plaquetas > 50.000. – Pese a ser una técnica de bajo riesgo y con importantes beneficios respecto a otras formas de acceso vascular para administración parenteral, debe evaluarse y considerarse de forma individualizada el coste-beneficio de su implantación desde la perspectiva de la mejora de la calidad asistencial del paciente y sus cuidadores.

Preparación del material:

- Mesa quirúrgica con el material necesario estéril.
- Encendido del ecógrafo y monitor.

Preparación del paciente:

- Identificación inequívoca del paciente.
- Verificar que se ha informado al paciente previamente del procedimiento, así como de las posibles complicaciones.

Técnica de implantación:

- Medir longitud del catéter. Para ello Medir la distancia desde el punto de entrada hasta la línea media de avicular ipsilateral, y de allí hasta el 3º espacio intercostal derecho.
- Medir desde el punto de inserción hasta la unión esterno-avicular del mismo lado, sumando 10 cmsi es el brazo derecho ó 15 si es el brazo izquierdo.
- Elección del FIC en función del calibre del vaso elegido y del número de lúmenes necesarias. El calibre del catéter no podrá superar 1/3 del calibre del vaso. o Lavado del brazo con jabón de clorhexidina y adarado abundante, secado con compresas estériles.
- Colocar compresor unos 10-15 cm por encima de la zona elegida. Lo colocará el personal ayudante.
- Desinfección con clorhexidina acuosa al 2% y colocar amplio campo estéril sobre el paciente dejando al descubierto la zona a punonar.
- Administrar en la zona seleccionada anestésico local y dejar actuar.

- Preparar el PICC elegido y resto del material necesario sobre el campo estéril: Purgar con suero fisiológico el PICC y la guía o Extraer el fiador del catéter para liberar la longitud a la que se ha de cortar.
- Cortar el catéter con el bisturí a la medida adecuada. No cortar nunca el fiador. Comprobar que el corte se ha realizado correctamente.
- Aplicar gel en la sonda del ecógrafo (ayudante), cubrir la sonda del ecógrafo con funda estéril y aplicar gel estéril para facilitar el contacto de la sonda con la piel.
- Puncionar la vena elegida con la aguja microseccionada mientras observamos la imagen ecográfica hasta que refluya la sangre.
- Introducir el extremo flexible de la guía, retiramos el mango del ecógrafo, sujetando la aguja y avanzamos la guía reduciendo el ángulo de inclinación de la aguja para no erosionar las paredes de la vena y retiramos la aguja introductora.
- Realizar una pequeña incisión en la piel con el bisturí en plano, por encima de la posición de la guía. Introducir el dilatador con la cánula pelada sobre la guía, sin perder ésta de vista.
- Retirar el compresor tras la introducción del dilatador (ayudante).
- Retirada del fiador.
- Retirada del dilatador, dejando la cánula pelada e inmediatamente después, para evitar embolismo y pérdida de sangre, introducir el catéter. Comprobaremos que refluye sangre y avanzaremos lentamente. Nunca forzaremos la progresión del catéter si es dificultosa, procediendo en esos casos a pequeños movimientos del hombro. Para evitar la desviación del catéter hacia la vena yugular, el paciente debe girar la cabeza hacia el lado de la inserción, intentado tocar el hombro con el mentón.
- Retirar suavemente la cánula pelada abriéndola, estabilizando la posición del catéter, hasta dejarlo insertado por completo.
- Retiraremos el fiador del catéter con suavidad para evitar el efecto Venturi, y sujetando el catéter para garantizar su estabilidad.
- Aspirar ambas luces con una jeringa de 10cc comprobando que refluye sangre.
- Lavar con 10cc por luz, siguiendo la técnica push-stop-push. o Sellar con 3cc de Fibrilin ambas luces.
- Colocar tapones de bioseguridad estériles.
- Limpieza y desinfección de la zona con clorhexidina acuosa al 2%.
- Colocar el sistema de fijación.
- Colocar gasa estéril o esponjostan las primeras 48h. si fuera necesario. Tapar con apósito transparente abarcando el punto de inserción y el sistema de fijación.

Preparación del personal:

- Mascarilla, gorro y gafas con protección lateral.

- Lavado quirúrgico de manos.
- Bata estéril.
- Guantes estériles.