

# Guía de práctica clínica de enfermería: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CICLO 3: INGRESO DEL USUARIO A  
LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS

FUND. NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MACARENA

---

## Guía de Práctica Clínica de Enfermería: EL PÉRFIL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA AUXILIAR EN ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

### PARÁMETROS NEGATIVOS DE INGRESO A UCI:

1. No utilizar el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos como antesala de la muerte, es decir pacientes con Score de Apache mayor de 60 puntos.
2. No utilizar las camas de UCI, por falta de cama en otros servicios.
3. Pacientes con enfermedades crónicas en fase Terminal, que no mejorarían su estado con una terapéutica médica intensiva.
4. No utilizar las camas de cuidados intensivos por conveniencia, Ej. familiares de personal de la Institución que no reúnen el perfil, ni los criterios de Ingreso.
5. Pacientes en paro cardio respiratorio, este deberá ser atendido en el lugar donde acontece el evento y posteriormente, si responde, a las maniobras ingresar a la UCI.
6. Si un paciente amerita ingreso urgente y no hay camas disponibles, el paciente deberá esperar en su servicio en espera de un cupo.

### Ingreso de pacientes a la unidad de cuidados intensivos

Se entiende por ingreso al conjunto de actividades desarrolladas para recibir y atender al paciente, a la llegada a nuestra unidad y requieren de una gran coordinación y organización de todo el equipo humano presente.

El ingreso del paciente lo podemos dividir en dos fases fundamentales:

1. Preparación del ingreso.

2. Realización del ingreso.

- Preparación del ingreso: infraestructura y material disponible
- Disponer de una cama en la que va a ser recibido el paciente.
- Disponer de un personal asignado y enterado de las condiciones en que ingresara el paciente.
- Monitorizar al paciente Para saber en todo momento el estado de sus constantes vitales.
- Abrir una gráfica y anotar sus constantes vitales.
- Observar que trae el paciente.
- Revisar órdenes médicas.

### Disponer de una cama:

- El médico es quien acepta al paciente según los criterios que debe tener el paciente para ser recibido en la unidad.
- Este informa al jefe de la unidad y se le asigna una cama que se encuentre lista para recibir un paciente.
- La jefe informa al personal auxiliar de enfermería y terapia respiratoria.
- Auxiliar de enfermería debe preparar todo para la llegada del paciente

### Presencia del equipo de uci al momento de ingresar el paciente a la unidad

Deben estar presentes al ingreso del paciente:

- jefe de enfermería
- Auxiliar asignado
- Auxiliar circulante
- Terapeuta respiratoria
- Medico intensivista de turno

### PREPARACIÓN DEL INGRESO:

- Habitación limpia.

- Monitor enchufado y comprobado, con alarmas vitales bien puestas. (Cables de ECG, presión arterial no invasiva, pulsioxímetro...).
- Ambú montado y comprobado, conectado al oxígeno.
- Mascarilla tipo venturi.
- Equipo y material de aspiración conectado al vacío, abierto y comprobado.
- Respirador enchufado, conectadas las tomas de oxígeno y la de aire, calibrado y con los parámetros estándar: Modelo de ventilación: CMV (Ventilación mecánica controlada). FIO<sub>2</sub>: 100%. Volumen tidal (VT): 500 mililitros. Frecuencia respiratoria (FR): 12-14 respiraciones por minuto.
- Carro de paro.
- Carpeta de historia con grafica de enfermería.

#### DETALLES DE INGRESO DEL PACIENTE A LA UNIDAD INGRESO TIPO I

- Observar al paciente para registrar con que nos ingresa y en qué estado.
- Hacer empatía con la paciente enfermera.
- Preservar la intimidad del enfermo.
- Asegurar la permeabilidad y mantenimiento de la vía aérea.
- Conectar el ventilador con los parámetros estándar
- Monitorización: Conectar el paciente al monitor de cabecera
- Comprobar las vías de acceso vascular.

#### INGRESO TIPO II

- Canalización de vía arterial
- Sondaje gástrico y vesical

- Electrocardiograma, radiografías
- Higiene corporal.
- Registro y revisión de actuaciones y tratamientos.
- Visita de familiares.

#### TENER EN CUENTA

- Registrar siempre la fecha de inserción.
- ELECTRODOS ADHESIVOS: estos van fijados al paciente por medio de un adhesivo especial. A estos se conectan los cables del monitor para valorar la frecuencia cardiaca y observar las gráficas del electrocardiograma.
- Colocación de los cables del monitor. Para los registros tenemos de 3 Y 5 derivadas. **DE 3 DERIVADAS:**
  - ROJO: Debajo del hombro derecho (línea media clavicular)
  - AMARILLO: debajo del hombro izquierdo (línea media clavicular)
  - VERDE O NEGRO: debajo de la apófisis xifoides.
- **DE 5 DERIVADAS:**
  - ROJO: debajo del hombro derecho (línea media clavicular)
  - AMARILLO: debajo del hombro izquierdo (línea media clavicular)
  - NEGRO: abdomen superior derecho
  - VERDE: abdomen superior izquierdo
  - BLANCO: en el pecho según la derivación que se quiera optar.



### LA OXIGENOTERAPIA:

Es la administración de oxígeno al paciente para aumentar su concentración de oxígeno en sangre. El paciente puede requerir de varios tipos de oxigenación. Puede requerir: Oxígeno por máscara de reservorio, venturo y nasal - Ventilación mecánica no invasiva -.

### GRÁFICA DEL REGISTRO DE ENFERMERIA:

Este es un documento clínico, que recopila serie de datos de un paciente. Maneja datos y observaciones que son muy importantes y aporta la información rápida y precisa sobre la evolución del paciente. En la gráfica se anotan los signos Vitales de ingreso y durante el turno.

- Datos del paciente
- Riesgo del paciente
- Presión arterial

- Temperatura
- Saturación
- Frecuencia cardiaca
- Líquidos ingeridos y eliminados
- Valores del ventilador
- Peso

### CUMPLIR ORDENES MEDICAS:

El médico al momento del ingreso el recibe al paciente y genera la historia clínica y da una serie de órdenes. La historia clínica es un documento médico legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente. Es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social. Aquí se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. Documentos de la historia clínica:

- Hoja de ingreso.
- Historia clínica.
- Hoja de evolución.
- Tratamiento e indicaciones.
- Hoja de enfermería.
- Hoja de consentimiento.
- Hoja de grafica.
- Hoja preoperatoria y pots- operatoria.
- Hoja de epicrisis o alta voluntaria.

**Hoja de ingreso:** fecha y hora de ingreso, datos generales del paciente como dirección, teléfono y los datos del acompañante.

**Historia clínica:** anamnesis y examen físico. Aquí se registra todos los datos que podamos obtener del paciente el medico debe tener toda la información que se pueda del

paciente. Ejemplo: cirugías, valoraciones de otros especialistas, etc.

**Hoja de evolución:** aquí anotamos la evolución diaria del paciente de forma cronológica.

**Hoja de tratamiento:** aquí hacemos el registro de los medicamentos ordenados y administrados al paciente.

**Hoja de enfermería:** aquí se registran observaciones muy importantes, desde varios puntos de vista.

**Hoja de consentimiento informado:** es un documento muy importante y debe ser firmado por el paciente o familiar. Dejando así el mutuo acuerdo plasmado en la historia. Hoja de graficas: aquí registramos la temperatura, presión, diuresis, drenajes, etc...

**Hoja preoperatoria y post- operatoria:**

- **Preoperatoria:** es elaborada por el médico que intervendrá al paciente. Diagnostico. Fecha de la intervención. Plan. Valoraciones especiales preoperatorias (anestesiólogo, internista, intensivista.)

- **Post-operatoria:** elaborada por el médico quien intervino al paciente debe contener estos datos: Diagnostico pre y post. Operación planeada y realizada. Decisión de la técnica quirúrgica y conteo del material. Ayudantes, instrumentadora, anestesiólogo y circulante Estado postquirúrgico. Ordenes post- operatorias. Pronóstico, Envío de muestras patológicas al laboratorio, Fecha y hora de la cirugía.

**Hoja de epicrisis:** cuando el paciente es dado de alta o alta voluntaria.

**Documentación de la enfermera:** La enfermera recoge cierta información que es importante para la evolución del paciente y

que son ayuda para el médico a la hora de tomar decisiones ante un nuevo tratamiento. Enfermería llena una documentación dada en la historia clínica. Algunos de estos arrojan puntajes importantes que nos llevan a un mejor tratamiento para el paciente.

**Formularios de enfermería.**

Balance hídrico-Constantes vitales- Control glicémico- Sondas- Caídas- Ulceras -Heridas quirúrgicas- Ostomias- Prevención de úlceras por presión- Catéteres y seguimiento de flebitis.

**Balance hídrico:**

En este registro recogen la información en cuanto a aportes y pérdidas de líquidos de un paciente en 24 horas, para procurar un balance hídrico acorde a sus necesidades. Se debe registrar:

Criterios de normalidad (“Diuresis no cuantificable”, “Deposiciones n<sup>o</sup>”).

Pérdidas de líquidos sin cuantificar por la dificultad en la medida (“Vómitos n<sup>o</sup>”).

Características de las excretas a fin de facilitar el acceso a esta información.

Han de anotarse las características de la orina y de las heces siempre que no sean normales.

En el caso de los vómitos, el contenido gástrico y las características de los líquidos drenados, han de anotarse siempre.

En aquellas medicaciones que vienen diluidas de farmacia ha de anotarse el volumen de la dilución como entrada.

En “Contenido gástrico” se registrarán los cc. drenados.

Todos los drenajes hay que cuantificar y anotar.

**Constantes vitales:**

En este registro se recogen la información del estado hemodinámico del paciente a través de las constantes vitales: la temperatura (Tª), la presión arterial (Tensión arterial sistólica: TAS y Tensión arterial diastólica: TAD), Presión arterial media (PAM), la frecuencia cardíaca (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la saturación de oxígeno (Sat O2)

#### OTROS DATOS DE IMPORTANCIA:

Recoge además otra información: Datos antropométricos como Peso, Talla, Perímetro abdominal, Otros...

#### Control glicémico:

Aquí se recoge el perfil glicémico del paciente y el tratamiento administrado según la cifra de la glucemia. Relativos a la glucemia capilar: (Valor y hora de la toma) Relativos al tratamiento: Tipo de antidiabético que se administra, dosis, vía de administración.

#### Catéteres y seguimiento de flebitis:

En este registro se recoge la información relacionada con catéteres vasculares y epidurales y que puede ser de interés en relación con la aparición de flebitis u otras infecciones: Catéteres venosos. Datos importantes:

- Sobre el tipo de catéter.
- Características de la vía.
- Motivos de la retirada.
- Valorando signos de flebitis.
- Catéteres arterial y epidural"
- Sobre el calibre del catéter.
- Localización.

#### Tener en cuenta:

- Fecha de inserción
- Fecha de retirada

- Motivo de retiro

**Ostomías:** En este registro constan: recoge información en relación con las ostomías: Colostomías ileostomías- urostomías - traqueostomías.

#### Tener en cuenta:

- Características de la paciente relacionada con la ostomía.

#### PARA LAS OSTOMIAS: COLOSTOMIAS, ILEOSTOMIAS, UROSTOMIAS

- Características de la ostomía
- Tipo
- Localización
- Relativas al estoma (Tipo, diámetro).
- De los dispositivos que se utilizan para recoger el drenaje de la ostomía.
- Las características y volumen de las heces o la orina. Se anotarán en el "Formulario de Balance Hídrico"

#### TRAQUEOSTOMIAS:

Se recogen datos:

- Sobre las características de la cánula (Tipo, número, material...).
- De respuestas del paciente (Estado de la estoma).
- Del tratamiento que se ha de seguir para el cuidado de la estoma.

#### SONDAS:

En este registro se recoge la siguiente información en relación con las sondas vesicales permanentes y las enterales:

- Relativa a las características de las sondas (Tipo, material, numero...)
- Fecha de inserción de la sonda.

- Motivo por el que el paciente deja de necesitarlas o necesita que sean sustituidas por otras nuevas.

#### HERIDAS QUIRÚRGICAS:

En este registro se recoge la información sobre las heridas quirúrgicas como:

- El lugar en el que se realizó el tratamiento quirúrgico: En el propio hospital o fuera de él.
- Descripción y evolución: Localización anatómica, aspecto...
- El tratamiento enfermero: Curación, productos de curación, fecha de curación, retirada de sutura...

#### ULCERAS DE EXTREMIDADES:

En este registro se recoge información sobre las úlceras de extremidades. El concepto de úlcera debe utilizarse para definir a “una lesión en la extremidad, espontánea o accidental, cuya etiología pueda referirse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado. El lugar en el que se inició la úlcera: En el propio hospital o fuera de él. El tipo de lesión: Venosa, isquémica, mixta, pie diabético y otras (hipertensiva arterial, metabólica, etc.).

Descripción y evolución: Localización anatómica, estadio, dimensiones, estado de los bordes, de la piel perilesional, signos de infección... El tratamiento enfermero:

Limpieza, desbridamiento, tipo de apósito.....

La mayoría de instituciones siguen las recomendaciones de CONEUI (Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, GNEAUPP y Asociación Española de Enfermería Vascular), la descripción de la afectación tisular.

- Grado I. Úlcera que afecta a la epidermis y a la dermis.

- Grado II. Úlcera que afecta al tejido celular subcutáneo o epidermis.

- Grado III. Úlcera que afecta a la fascia y al músculo.

- Grado IV. Úlcera que afecta al hueso.

#### Prevención de úlceras por presión:

En este registro se recoge información sobre el tratamiento de prevención de úlceras por presión, en los pacientes de riesgo.

#### Tratamiento general:

Son las medidas generales de prevención que se están realizando en base al valor de la escala de Braden, por lo que recoge la siguiente información:

- Último valor de la escala de Braden. (nivel del riesgo)
- Medidas adoptadas en cuanto a SEMP (Superficies Especiales de Manejo de Presiones).
- Cambios posturales.

#### Tratamiento local:

- Tratamiento Ácidos grasos hiperoxigenados.
- Tratamiento Productos barrera (cremas, películas, etc.).
- Tratamiento Apósitos adhesivos y no adhesivos (hidro celular, poliuretanos, hidrocoloides, etc.).

#### Úlceras por presión:

En este se registra la información sobre las úlceras por presión:

- La formación: Donde se formó la úlcera

- Descripción y evolución: Estadio, dimensiones, estado de los bordes y la piel perilesional, signo de infección...
- El tratamiento enfermero: Limpieza, desbridamiento, tipo de apósito, cambios posturales...
- Evolución de la úlcera.

**ESTADIO I**

Eritema cutáneo que no palidece al presionar. Puede incluir cambios de temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración) y/ o sensaciones (dolor, escozor).

**ESTADIO II**

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

**ESTADIO III**

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

Pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

**ESTADIO IV**

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

**IMPORTANTE:** Tanto en el estadio IV como en el estadio III pueden presentarse las lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

**ESCALA DE BRADEN**

La escala de Braden nos sirve para hacer una correcta valoración del riesgo de úlceras por

presión y tomar las medidas necesarias para planificar y llevar a cabo un tratamiento.

Según la suma de los puntos el riesgo de úlcera por presión será:

Riesgo de úlceras por presión.

Braden menor de 13 = alto riesgo

Braden 13 - 14 = riesgo moderado

Braden mayor de 14 = bajo riesgo

	Percepcion sensorial	Exposicion a la Humedad	Actividad	Movilidad	Nutricion	Riesgo de Lesiones cutaneas
1	Completamente Limitada	Constantemente Humeda	Encamado	Completamente inmovil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Humeda frecuentemente	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente Humeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente humeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	excelente	

**RIESGO DE CAIDAS:**

En este registro se recoge los datos que tenemos ante el riesgo del paciente de tener una caída. Siempre registrar: Barandas elevadas, Inmovilización, Estado y medidas de protección que se tomaron, Medicación administrada que puede influir en que se produzca la caída. Lugar en el que se produjo la caída y actividad que estaba realizando el paciente.

**Tener en cuenta:**

Estado de conciencia- Estado físico- Déficit sensorial. Estos hacen referencia al estado del paciente en el momento de la caída.

**ESCALA DE MORSE:**

CAIDAS PREVIAS	NO SI	0 25
COMORBILIDADES	NO SI	0 15
AYUDA PARA DEAMBULAR (marque solo una)	NINGUNA/REPOSO EN CAMA/ASISTENCIA BASTON/MULETA/CAMINADOR SE APOYA EN LOS MUEBLES	0 15 30
VENOCLISIS	NO SI	0 20
MARCHA	NORMAL/REPOSO EN CAMA/SILLA DE RUEDAS DEBIL LIMITADA	0 10 20
ESTADO MENTAL	RECONOCE SUS LIMITACIONES SOBRESTIMA U OLVIDA SUS LIMITACIONES	0 15
<b>RIESGO</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>ACCION</b>
BAJO	0 - 24	CUIDADOS BAJOS DE ENFERMERIA
MEDIO	25 - 50	IMPLEMENTACION DE PLAN DE PREVENCION
ALTO	> 50	IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ESPECIALES

**Escala de coma de Glasgow- exploración neurológica:**

La escala de coma de Glasgow es una escala de valoración que se usa en soporte vital básico y que sirve para medir el nivel de conciencia de una persona cuando se presupone que ha sufrido un traumatismo craneo-encefálico (TCE).

Esta escala de conciencia examina la capacidad neurológica del momento y su perfil evolutivo. Los parámetros que evalúa la escala de Glasgow son:

- Las respuestas a la apertura de ojos
- La respuesta verbal
- La respuesta motora

Según cómo responda el paciente con traumatismo le otorgaremos

una puntuación a cada una de estas respuestas y sumándolas todas obtendremos el grado de gravedad según la escala de Glasgow.

**PARAMETROS DE LA ESCALA:** Categorías del grado de estado del paciente según la escala de Glasgow

- Glasgow entre 14-15 Glasgow leve
- Glasgow entre 9-13 Glasgow moderado
- Glasgow de 8 o menos Glasgow grave  
Recordar que en todas las situaciones habrá que mantener la vigilancia y reevaluación neurológica.

Área Evaluada	Puntaje
<b>Apertura Ocular</b>	
Esontánea	4
Al estímulo verbal	3
Al dolor	2
Ninguna	1
<b>Mejor Respuesta Motora</b>	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Flexión normal	4
Flexión anormal (decorticación)	3
Extensión (descerebración)	2
Ninguna	1
<b>Respuesta Verbal</b>	
Orientada	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
Puntaje de escala=Respuesta verbal + Respuesta motora + ocular	
Mejor puntaje posible=15. Peor puntaje=3	
Se da puntaje a la "mejor respuesta".	