



Pacientes



SaludMadrid

Hospital Universitario
General de Villalba



UCI

Hospital Universitario
General de Villalba



ÍNDICE

1. ¿Qué es la UCI?	4
2. Monitor	4
3. Ventilación mecánica invasiva. Respirador	5
4. Ventilación mecánica no invasiva	6
5. Gafas nasales de alto flujo	7
6. Tubo endotraqueal	8
7. Traqueotomía	8
8. Catéter venoso central.....	9
9. Bombas de perfusión.....	10
10. Hemofiltro	11
11. Movilización precoz	12
12. Decúbito prono	13
13. Ayuda psicológica	14



1. ¿QUÉ ES LA UCI?

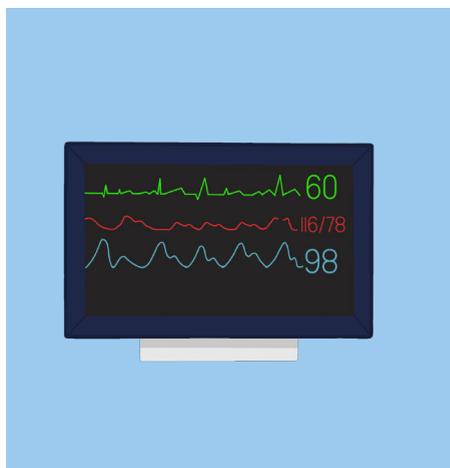
UCI significa **Unidad de Cuidados Intensivos**; UMI, **Unidad de Medicina Intensiva**; UVI, **Unidad de Vigilancia Intensiva**. Distintos nombres para el mismo sitio.

En nuestra UCI, ingresan de forma programada pacientes después de cirugías grandes o que necesitan una vigilancia por la posibilidad de aparición de alguna complicación en las siguientes horas a la intervención. Pero también pueden ingresar después de otras cirugías porque haya ocurrido algún problema durante éstas o haya surgido la necesidad de vigilar al paciente en las siguientes horas o días.

También ingresan otros que necesitan vigilancia por prevenir complicaciones como pueda ser por una angina o un infarto de corazón o porque necesiten cuidados especiales por tener por ejemplo una neumonía grave u otra infección que esté dañando el organismo. Traumatismos, sangrados,...

Hacemos una **vigilancia estrecha del paciente** y tenemos máquinas que no se tienen en Planta, para tratar a los pacientes.

2. MONITOR



En cada BOX de paciente tenemos un monitor. En él se **recogen distintas constantes o valores** que nos ayudan a vigilar a nuestros pacientes, como por ejemplo, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial – que se puede medir por el manguito que se infla en el brazo o la pierna (parecido al que se puede tener en casa) o se puede medir gracias a un catéter que se inserta directamente en una arteria, eso es la tensión arterial invasiva), la saturación de oxígeno (que tiene que ver con la respiración) y otros valores.

Los monitores tienen **alarmas** que nos avisan cuando se pasan unos límites (por arriba o por abajo). **No se asusten cuando suenan**, porque están muy ajustadas y se activan con facilidad, no necesariamente significan un problema grave.

Nosotros nos encargamos de vigilar esas alarmas, que no siempre son reales - a veces se desconecta algún electrodo, o se desajusta el instrumento que nos da las cifras, etc.-.

Tenemos un **“monitor central”** en el que vemos cada uno de esos monitores, no tenemos que estar dentro del box para ver las alarmas.



3. VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA / RESPIRADOR

El ventilador mecánico o respirador es una máquina que ayuda al paciente con la respiración, va conectado a un tubo que se introduce por la boca hacia la tráquea del paciente (intubación orotraqueal) o a un tubo directo a la tráquea (traqueotomía).

El paciente puede necesitar esta máquina porque esté profundamente dormido (sedado, en coma) o porque esté respirando mal y necesite una ayuda extra para poder respirar.

La máquina se encarga de **insuflar aire y oxígeno**. Puede llegar a sustituir por completo al paciente, programando todas las respiraciones nosotros y dando todo el apoyo posible de oxígeno y nivel de insuflación del aire.

Conforme va mejorando la situación, podremos ir bajando ese nivel de apoyo hasta que prácticamente todo el ‘trabajo’ lo haga el paciente. En esta fase, estará despierto, incómodo por tener un tubo (en la boca o la tráquea), no podrá hablar, a lo mejor intenta quitarse el tubo, con frecuencia tendrá tos. Como familiares o amigos, toca **intentar tranquilizarle, enviar mensajes positivos y de ánimo**.

Estos aparatos también tienen alarmas que nosotros vigilamos y sabemos qué hacer en cada momento.

4. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA



Es otro método que ayuda a la respiración o ventilación del paciente, la máquina insufla aire a determinada presión y oxígeno gracias a una tubuladura que se conecta a una mascarilla especial que se ajusta a la boca y nariz y se queda fija por medio de unos velcros.

Ayuda a la respiración de pacientes con una enfermedad pulmonar crónica (EPOC) que se ha agravado, pacientes con neumonía, pacientes con insuficiencia cardiaca ('agua en los pulmones', 'pulmones encharcados'), etc.

Este método se puede utilizar para evitar la intubación del paciente, o después de quitar el tubo o en caso de pacientes en los que no esté indicado pasar a una ventilación invasiva.

Puede resultar incómodo para el paciente, que necesita de todo nuestro apoyo y también del de sus allegados para sobrellevar el tratamiento lo mejor posible.



5. GAFAS NASALES DE ALTO FLUJO

Este sistema se utiliza en determinados casos de insuficiencia respiratoria (dificultad para respirar bien).

Se administra aire a mayor presión que con otros sistemas que suministran oxígeno (las gafas nasales 'convencionales' y las mascarillas habituales de oxígeno, que vemos en Planta o que se utilizan en casa). Es aire + oxígeno humidificado y calentado.

Nosotros programamos el aparato y se administra a través de unas cánulas cortas ('gafas nasales') que se introducen en ambos orificios nasales.

Normalmente se toleran mejor que las máscaras de la ventilación no invasiva, no produce sequedad de boca; incluso se puede hablar o comer con ellas puestas (siempre siguiendo las indicaciones del personal sanitario, nunca sin nuestro permiso).

Que se indique un sistema u otro para respirar, depende de la situación del paciente y de la enfermedad que padezca. De la selección de un tratamiento u otro, o la combinación de varios, nos encargamos nosotros.

6. TUBO ENDOTRAQUEAL



Como ya hemos dicho hablando del ventilador o respirador, éste se conecta al paciente gracias a estos tubos.

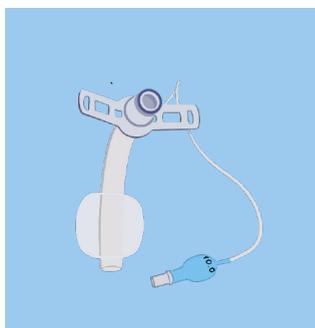
Se inserta a través de la boca (orotraqueal) a veces la nariz (nasotraqueal), pasa por las cuerdas vocales y llega hasta la tráquea. Para ponerlo, es necesario sedar al paciente (dormirlo) – algunas veces si se prevé que va a ser difícil de colocar, se utiliza anestesia local y se inserta con el paciente despierto.

Para que se quede fijo, por dentro tiene un balón o globo que se infla y por fuera se hace también una fijación para evitar que se mueva.

Cuando el paciente ya empieza a despertar, el tubo con frecuencia es muy incómodo, puede pensar que no respira bien o incluso que se ahoga (aunque no sea así), tampoco puede hablar porque las cuerdas vocales no pueden funcionar; ni beber ni comer. Todo esto puede generar angustia en el paciente.

Contamos con los familiares y amigos para que nos ayuden a tranquilizar al paciente.

7. TRAQUEOTOMÍA



En este caso, el tubo se inserta a través de un orificio en el cuello (lo podemos hacer en UCI -percutánea- o en quirófano por parte de los cirujanos, normalmente otorrinolaringólogos (ORL) o maxilofaciales) en la tráquea del paciente.

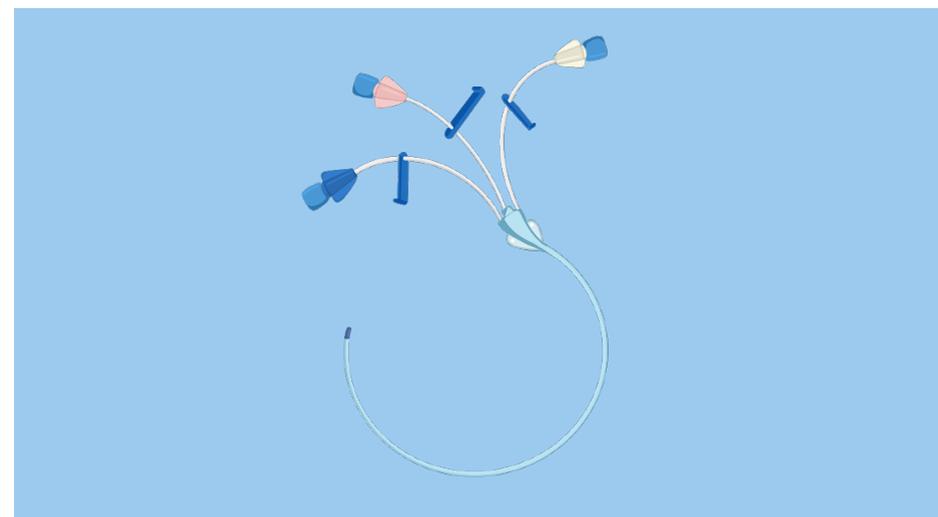
En los pacientes de la UCI, se suele indicar cuando está previsto que todavía necesite muchos días de sedación o de ventilación mecánica. Otras veces, se indica en determinadas cirugías de ORL o maxilo-facial.

Se procede a su colocación una vez valorados los riesgos / beneficios de la misma.

En general, se tolera mejor que los tubos endotraqueales.

Una vez que vaya mejorando el paciente, se puede cambiar la cánula por un tipo de cánula gracias a la que sí podría hablar.

En cuanto a comer o beber, sólo se puede hacer en algunos casos, siempre según nuestras indicaciones.



8. CATÉTER VENOSO CENTRAL

Ya sea por la cantidad de medicinas que necesite el paciente o porque éstas sean especiales y no se puedan administrar por las venas de los brazos, es bastante frecuente que tengamos que poner este tipo de catéter o vía.

Se pueden poner en el cuello (catéter yugular), junto a la clavícula (catéter subclavio) o la ingle (catéter femoral) o los brazos (catéter PICC, es mucho más largo que las 'vías' habituales). Se introducen cuidadosamente, utilizando anestesia local en caso de que el paciente esté despierto.

Estos catéteres tienen sus posibles complicaciones; siempre consideraremos su colocación cuando el beneficio supera el riesgo que conlleva ponerlos. Seguimos los protocolos necesarios para evitar las complicaciones a la hora de colocarlos y también durante su manejo.

9. BOMBAS DE PERFUSIÓN



Los fármacos que se administran por el catéter venoso con frecuencia lo hacen a través de estos dispositivos, de esta manera pasan de una forma muy precisa y controlada.

Tienen un sistema de aviso cuando está a punto de terminar la medicación, cuando está terminada y también cuando se ocluye la línea y no está pasando la medicación.

Nosotros nos encargamos de solucionar las alarmas según sea necesario.

También utilizamos bomba de perfusión para administrar el alimento por la sonda nasogástrica u orogástrica (son sondas que se colocan por la nariz o la boca, que llegan al estómago del paciente).

10. HEMOFILTRO

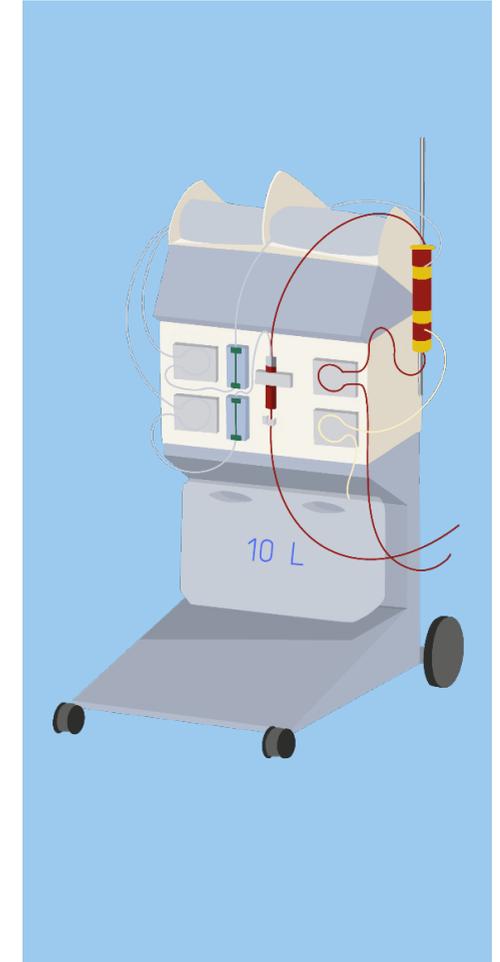
En ocasiones, los riñones dejan de funcionar adecuadamente y en esos casos, a veces está indicada la utilización de una máquina especial de diálisis continua, que llamamos hemofiltro.

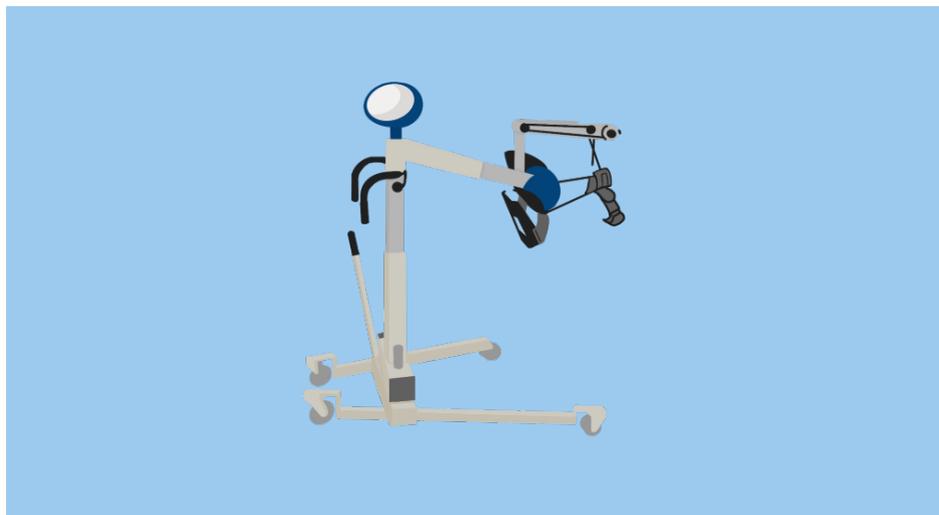
Se encargará de pasar la sangre del paciente por un circuito que tiene un filtro que ayudará a depurar / limpiar la sangre y/o sacar líquido.

En definitiva, se encarga de hacer la función de los riñones: depurar la sangre, devolverla limpia y también extraer líquido.

Para hacer esto, será necesario colocar un catéter venoso especial, que tiene dos conexiones, para que salga la sangre por un lado y volver a introducirla.

El aparato tiene todo tipo de alarmas y avisos que sonarán, nosotros nos encargamos de atenderlos.





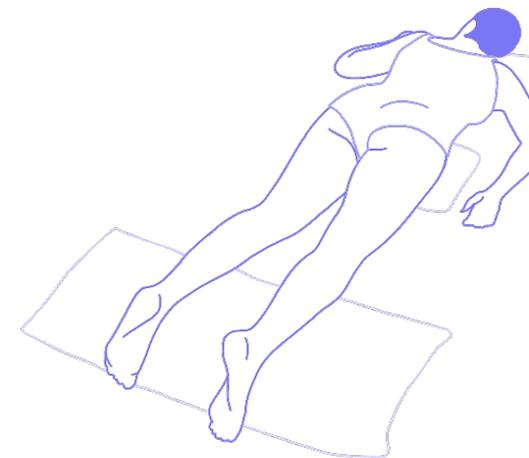
11.MOVILIZACIÓN PRECOZ

En cuanto sea posible y esté indicado, comenzamos a movilizar al paciente. Todo tipo de movilizaciones se realizan valorando caso a caso, situación del paciente en cada momento y con intención de aportar el indudable beneficio que suponen los cambios posturales y los ejercicios.

Incluso estando los pacientes sedados (dormidos), realizamos movilizaciones si no hay contraindicación.

Ya despiertos, hay distintas posibilidades de movilización, que pueden ser las más evidentes como es sentar en un sillón como en otros casos realizar ejercicios con el cicloergómetro (que es una bicicleta fija, que se puede utilizar en la cama) hasta la posibilidad de caminar por el box o por la Unidad.

Hay actividades que son rutinarias o que tienen indicaciones precisar; para otros casos, contamos con la colaboración y supervisión del servicio de Rehabilitación y fisioterapia.



12.DECÚBITO PRONO

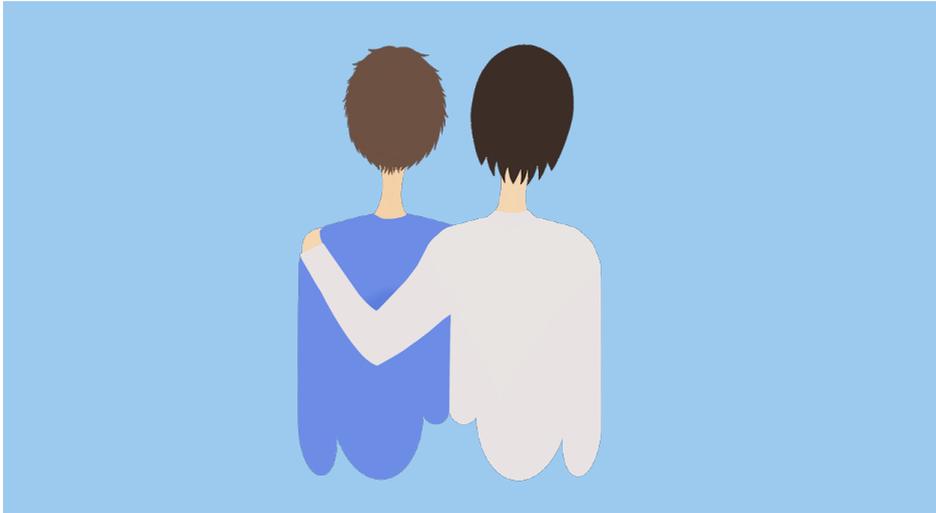
A veces cuando un paciente tiene una afectación pulmonar muy grave, puede estar indicado realizar esta técnica, que consiste en posicionar al paciente boca abajo.

Aunque es una técnica que no es sencilla de realizar -por la cantidad de tubos y catéteres que tiene puestos el paciente-, el personal está entrenado para aplicarla.

Incluso realizándola correctamente, supone un riesgo por la gravedad del paciente. Si decidimos realizarla, es porque ya hemos considerado que los beneficios son mayores que el riesgo que conlleva.

Normalmente el paciente permanecerá en torno a 16 horas en esta posición (no obstante, puede variar, siempre se aplica caso a caso y en función de los análisis y tolerancia del paciente).

Cuando se coloca al paciente boca arriba, lo habitual es que tenga la cara edematosa, es decir, hinchada, sobre todo se nota a nivel de los ojos, boca... Eso es consecuencia de las horas que estuvo en esa postura y poco a poco se irá quitando.



13. AYUDA PSICOLÓGICA

Tener a un familiar ingresado en UCI puede llegar a ser muy duro, sobre todo si está muy grave o si su ingreso es muy prolongado.

Para el paciente si está despierto, también lo puede ser y ya de forma habitual recurrimos al Psiquiatra para que lo atienda, si está indicado.

Pero desde hace un tiempo, también ponemos nuestro foco en los familiares, en lo duro que puede ser el día a día, la incertidumbre que suele existir.

Por ello, tenemos la posibilidad de asistencia psicológica a familiares, incluso de disponer de un grupo de apoyo / asistencia a familiares.

No duden en preguntarnos al respecto.

Realización: Ana Gamo De Maeyer.
(Jefe Asociado, UCI, Hospital Universitario General de Villalba)

Ilustración: Natalia Díaz Gamo.



hgvillalba.es - madrid.org

Este documento ha sido revisado y aprobado por la Comisión Técnica de la Coordinación de la Información en septiembre de 2020.

Date de alta en hgvillalba.es
y descárgate la APP

