



**Nombre del alumno: Axel Froilán González Pérez**

**Nombre del profesor: Ervin Silvestre Castillo**

**Licenciatura: Enfermería Escolarizado 7mo cuatrimestre  
"A"**

**Materia: Práctica Clínica De Enfermería II**

**Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico**

**Tema:**

**"Medicación En UCI---Unidad IV"**

Frontera Comalapa, Chiapas a 04 De Diciembre del 2020

Medicación en UCI

Protocolos de los fármacos mas usados en el SCA

ASPIRINA Salvo contraindicación absoluta se administrarán 300 mg de AAS vía oral al ingreso, cuanto antes mejor, seguidos de 100 mg/ 24 horas.

ENOXAPARINA Es heparina de bajo peso molecular, se administrará 1mgr/Kg. Cada 12 horas por vía S.C. y se mantendrá hasta el alta hospitalario o la revascularización coronaria si se practica, durante un máximo de 7 días.

HEPARINA SÓDICA NO FRACCIONADA E.V. Se administrará como alternativa a la Enoxoparina, administraremos un bolo seguido de perfusión que se mantendrá entre 24 y 48 horas.

Asociada con la Tenecteplasa Se administrará previamente al bolo de TNK un bolo de 30 mg de Enoxoparina inmediatamente seguido por la primera administración subcutánea de 1 mg/kg. (Máximo 100 mg) continuando las inyecciones S.C. cada 12 horas hasta el alta o la revascularización coronaria si se practica. durante un máximo de 7 días.

Dosificación -Inyección directa de un bolo E.V. de 60 unidades /Kg de peso (dosis máxima 5000 unidades).

-Seguido de una perfusión en la que prepararemos 25000 unidades en 500 cc de Glucosado al 5% v a un ritmo inicial de 10 unidades/Kg/hora (máximo 800 u/hora)

Otros fármacos asociados

TIROFIBAN (Agrastat) Indicado en la prevención del IAM precoz en pacientes con angina inestable o IAM sin onda Q cuyo último episodio de dolor haya sido en las ultimas doce horas y que presentan cambios en el ECG y/o aumento de las enzimas cardiacas.

También pueden beneficiarse de él aquellos pacientes que presenten riesgo elevado de desarrollar un IAM en los 3-4 días siguientes a una angina.

El AGRASTAT está destinado a ser usado con ácido acetil salicílico y heparina no fraccionada.

Mecanismo de acción Es un antiagregante plaquetario IV.

Dosificación -Infusión inicial de 0,4 mcg/kg/min durante 30 minutos.

-Infusión de mantenimiento de 0,1 mcg/kg/min.

Presentación Solución para perfusión E.V. de 250 ml con una concentración de 0.5 mg/ml

Otros fármacos asociados

ANTAGONISTAS DEL CALCIO Amilodipino (Norvas) 5 mg oral cada 12 horas, siempre asociado a Betabloqueantes o a otro Antagonistas del Calcio, alternando el horario de administración (3 horas mínimo entre ellos).

PROTOCOLO PARA CATETERISMOS Se administrará a todos los pacientes, excepto alergia a dicho fármaco, 30 minutos antes de la prueba, avisando telefónicamente del Servicio de Hemodinámica:

-BENADRYL 50 mgrs V.O. - VALIUM 10 mgrs V.O.

IECA: INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA Se pautará en pacientes con IAM extenso, IAM previo, signos de ICC, FE < 40% o cualquier indicador de disfunción ventricular izquierda en ausencia de hipotensión o contraindicaciones para su uso.

PROTOCOLO DE PROTECCIÓN RENAL Ante pacientes con riesgo de deterioro de la función renal se seguir el siguiente procedimiento:

Exploración radiológica con contraste yodado programada con mas de 24 horas de antelación

Fluimucil oral forte 600 mgrs cada 12 horas el día menos 1 y el día 0.

NUTRICION PARENTERAL

OBJETIVO Proporcionar todos los principios nutritivos necesarios para mantener al paciente y promover su recuperación.

Hojas de enfermería

Es un conjunto de registros clínicos de cada paciente, el personal de Enfermería es el responsable de éstos.

Este documento debe ser llenado a mano de manera clara y legible. Es un documento legal. El encabezado de la hoja (Datos del paciente) irá de color negro, ningún espacio en blanco y sin tachaduras y el dato correcto en el espacio correcto.

No es correcto utilizar bolígrafos de tinta de gel o colores fosforescentes. El color de los datos clínicos será negro para todos los turnos o dependerá de la institución.

Los Registros clínicos, valoración e intervenciones de enfermería:

Los registros de enfermería, provenientes de las valoraciones y los resultados de las mediciones constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en el expediente clínico del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal

Precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos. Hacer el registro de los cuidados que la enfermería, basados en las taxonomías NANADA, NOC y NIC

Así como en las principales teorías de enfermería, proporcionados diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución, evaluación constituyendo así

Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario. Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad. Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros, permitiendo:

La investigación en enfermería; y una prueba de carácter legal. Para poder organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería, debemos clasificar las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados, siendo los más utilizados:

Necesidades Básicas de Virginia Henderson o Patrones Funcionales de Gordon. Se desarrollará el plan de cuidados de enfermería pudiendo ser estandarizado o no estandarizado, con soporte informático o en pape

cuyo contenido permita el conocimiento del estado del paciente en cada momento del proceso de hospitalización. Los registros de enfermería:

Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución

NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACION DE REGISTROS: reglas o recomendaciones básicas

OBJETIVIDAD: Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

PRECISIÓN Y EXACTITUD: Deben ser precisos, completos y fidedignos.

LEGIBILIDAD Y CLARIDAD: Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

SIMULTANEIDAD: Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

Con el principal propósito de asegurar el adecuado manejo de este documento Área de Enfermería del Centro de Excelencia Medica avalado por la FIFA, establece los siguientes lineamientos:

En el Centro de Excelencia Medica en Altura avalado por la FIFA, en la identificación del usuario se utiliza nombre completo, fecha de nacimiento y diagnóstico, antes de la realización de procedimientos médico-quirúrgicos, técnicos o administrativos.

El personal de enfermería del Centro de Excelencia Medica en Altura avalado por la FIFA (CEMA by FIFA), explica al usuario y familiares la finalidad del uso del nombre completo, fecha de nacimiento y diagnóstico, antes de la realización de la realización de procedimientos médico-quirúrgicos, técnicos o administrativos, etc.

# Colocación del PICC

## - Precauciones previas:

Verificación de la correcta cumplimentación de la solicitud con los datos identificativos completos (conjunto mínimo básico de datos y consentimiento informado) y clínicos del paciente que justifiquen la indicación de la técnica.

Queda a criterio del médico responsable la prescripción de un relajante previo al procedimiento, que el paciente tomará media hora antes aproximadamente si precisa.

Revisión de la última analítica y de los datos clínicos antes de la 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.

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 considerar de forma individualizada el coste-beneficio de su implantación desde la perspectiva de la mejora de la calidad asistencial del paciente y sus cuidadores.

Valores analíticos mínimos aceptables para la implantación: - Índice de Quick > 50%. - Plaquetas > 50.000.

## - Entrevista:

Identificación inequívoca del paciente\_\_Crear un ambiente de tranquilidad e intimidad\_\_Preguntar sobre alergias medicamentosas, tratamientos que recibe, estado de salud actual para valorar posibles contraindicaciones, hábitos higiénico-sanitarios, ocupación laboral.

Valoración proactiva con los datos previos y los obtenidos para la elección del tipo de catéter más adecuado siguiendo el Algoritmo de Decisión.

### ALGORITMO DE DECISIÓN PICC

- Informar al paciente del procedimiento, complicaciones, finalidad y posibles alternativas; y aclarar las dudas que presente.

- Informar al paciente y familiares sobre los cuidados posteriores. Entrega de tríptico informativo.

## 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.

-Crear un ambiente de tranquilidad e intimidad.

-Acomodar al paciente en decúbito supino y colocar electrodos, procediendo a su

- Extender el brazo del paciente a 90°. El abordaje siempre será individualizando en cada caso.

## Valoración ecográfica

Valorar las venas ecográficamente. Iniciar la búsqueda del punto de punción más adecuado al menos cinco centímetros por encima de la flexura del codo y cinco por debajo de la axila; como primera opción, la basílica siempre; como segunda opción será la braquial, y como tercera la cefálica.

Medición del calibre y profundidad, evitando las venas que estén a más de 2 cm. de profundidad.

Marcaje del punto elegido

## - Técnica de implantación

Medir la distancia desde el punto de entrada hasta la línea media claviclar ipsilateral, y de allí hasta el 3º espacio intercostal derecho. • Medir desde el punto de inserción hasta la unión esterno-claviclar del mismo lado, sumando 10 cm si es el brazo derecho ó 15 si es el brazo izquierdo.

Elección del PICC en función del calibre del vaso elegido y del número de luces necesarias. El calibre del catéter no podrá superar 1/3 del calibre del vaso. • Lavado del brazo con jabón de clorhexidina y aclarado abundante, secado con compresas estériles

Preparación del personal, Etc.

**Toma de PVC**

**OBJETIVO**  
 Proporcionar los conocimientos necesarios para determinar la presión sanguínea a nivel de la aurícula derecha o de la vena cava para valorar el volumen sanguíneo circulante y evaluar la presión y la función auricular y ventricular derechas.

**DEFINICIÓN**  
 La presión venosa central (PVC) es la fuerza que ejerce la sangre a nivel de la aurícula derecha, representando la presión de llenado o precarga del ventrículo derecho o presión diastólica final del ventrículo derecho.  
 La medida se realiza a través de un catéter insertado en una vena (subclavia o yugular) que llega hasta la aurícula derecha o la cava. Los valores normales son de 0 a 5 cm de H<sub>2</sub>O en aurícula derecha y de 6 a 12 cm de H<sub>2</sub>O en vena cava.

**Preparación del material**  
 • Sistema de infusión de presión venosa central (equipo de infusión de doble circuito y escala graduada).  
 • Suero fisiológico de 500 cc.  
 • Pie de gotero.  
 • Sistema de fijación, si precisa.  
 • Guantes estériles.

**Preparación del paciente**  
 • Comprobar la identidad del paciente.  
 • Informar al paciente del procedimiento, explicándole que no va a sentir nada durante la medición y solicitar su colaboración.  
 • Colocarle en decúbito supino con la cama horizontal y sin almohada, si lo tolera y no hay contraindicación. Si no es así, bajar la cabecera de la cama tanto como sea posible.

**Aspiración de secreciones**  
 Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión. ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial

**Objetivo:** 1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. 2. Favorecer la ventilación respiratoria. 3. Prevenir las infecciones y atelectacias ocasionadas por el acumulo de secreciones.

**Indicaciones:** La técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones.

**Contraindicaciones**  
 En estas condiciones, se tomarán en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio médico.  
 • Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).  
 • Edema o espasmos laríngeos.  
 • Varices esofágicas.  
 • Cirugía traqueal.  
 • Cirugía gástrica con anastomosis alta.  
 • Infarto al miocardio.

**Técnica**  
 Se le informa al paciente el procedimiento que se llevara a cabo.  
 Se ubica al paciente decúbito supino, percatandonos que la cama este horizontal. 3. Debemos lavarnos las manos y preparar los equipos de la siguiente manera: - Ponemos una llave de tres vias entre el sistema de liquidos, el nanometro y el paciente.  
 Se cierra la llave para el paciente, y se deja que la solución llene el nanometro. 5. Luego se abre la llave de tres vias para el paciente, y se cierra para la solución, el nanometro ira perdiendo volumen, hasta donde llega este volumen es el valor de la PVC, que debe ser tomada en la espiración, porque en la inspiración aumenta la presión torácica.

• Identificar al paciente.  
 • Higiene de las manos.  
 • Identificar la luz distal del catéter central.  
 • Purgar el sistema completo de infusión de PVC con el suero salino y cerrar las llaves de paso del sistema.  
 • Colocar el circuito de medición del sistema en la escala graduada verticalmente en el pie de gotero, haciendo coincidir el nivel —0|| de la escala con la aurícula derecha (punto situado en la línea media axilar, en el cuarto espacio intercostal).  
 • Colocarse los guantes.  
 • Conectar el equipo de PVC al catéter del paciente mediante la llave de tres pasos.

**Material y equipo**  
 Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared).  
 • Guantes desechables estériles.  
 • Solución para irrigación.  
 Jeringa de 10 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones)  
 • Sondas para aspiración de secreciones (para adulto o pediátrica).  
 • Solución antiséptica.  
 Riñón estéril.  
 • Jalea lubricante.  
 • Gafas de protección y cubrebocas.  
 • Ambú.